

Riesgos desiguales desde roles diferentes	Titulo
García Quiñones, Rolando - Autor/a; León, Alina Alfonso - Autor/a;	Autor(es)
Novedades en Población (Año 1 no. 1 2005)	En:
La Habana	Lugar
CEDEM, Centro de Estudios Demográficos	Editorial/Editor
2005	Fecha
	Colección
Violencia de género; Roles sexuales; Mujeres; Perspectiva de género ; Feminismo; Ciencias sociales; Equidad de género; América Latina;	Temas
Artículo	Tipo de documento
"http://biblioteca.clacso.org.ar/Cuba/cedem-uh/20100516013140/Riesgos_desiguales.pdf"	URL
Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 2.0 Genérica http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO

<http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)

Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)

www.clacso.edu.ar



Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Latin American Council of Social Sciences





NOVEDADES EN POBLACIÓN

REVISTA ESPECIALIZADA EN TEMAS DE POBLACIÓN

Año 1

Número 1

enero-junio 2005

**“DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS CIENTÍFICOS:
DE LA NECESIDAD A LA REALIDAD”**

NOVEDADES EN POBLACIÓN

DIRECTORA:

Dra. Otilia Barros Díaz

DIRECTORA EJECUTIVA:

Dra. María Elena Benítez Pérez

EDITOR JEFA:

Lic. Yolanda Morejón Bravo

EDICIÓN Y DISEÑO:

Irma Muñoz Vértices

WEBMASTER:

Lic. Alejandro Sánchez Ravelo

CONSEJO ASESOR DEL NÚMERO:

Dra. María Elena Benítez Pérez

Dra. Sonia I. Catasús Cervera

Dr. Raúl Hernández Castellón

Dra. Norma Montes Rodríguez

REDACCIÓN:

*Centro de Estudios Demográficos
de la Universidad de La Habana
Avenida 41 #2003 e 20 y 22, Playa,
Ciudad de La Habana.*

Telefs: 202 81 41

202 81 85

202 82 61

Fax: (537) 204 06 30

Email: biblioteca@cedem.uh.cu

*Publicación semestral especializada en temas de
población. Los artículos publicados en esta revista
poseen la aprobación del Consejo Científico del
CEDEM y son un reflejo del punto de vista de los
autores.*

ISSN: en tramitación

CARTA DE LA DIRECTORA:

El Centro de Estudios Demográficos (CEDEM) es una institución de investigación, formación, capacitación y difusión de todo aquello relacionado con la población. Perteneció a la Universidad de La Habana, Cuba. Fue creado el 9 de febrero de 1972, y desde sus inicios tiene entre sus objetivos fundamentales la enseñanza académica de la demografía y las interrelaciones entre población y desarrollo, la investigación sobre la población como categoría demográficamente identificable y la información científica relacionada con estas temáticas.

El CEDEM se ha consolidado como un centro de excelencia académica e investigativa, lo que ha sido reconocido por la comunidad científica tanto nacional como internacional. Cuenta con un claustro de profesores e investigadores de alto nivel científico, de los cuales, el 87,5 % ha alcanzado el grado de Doctor o Master. Dispone del uso de las nuevas tecnologías en su equipamiento y de una biblioteca especializada con bibliografía actualizada en temas demográficos.

La difusión de los resultados de investigación resulta siempre de gran importancia porque cierra el círculo deseado para cualquier trabajo. Por eso, nos complace celebrar el aniversario XXIII de la creación del CEDEM, con la publicación del primer número de la *Revista Especializada en Temas de Población*. Los invitamos a su lectura. Confiamos sirva de ejemplo de cómo trabajamos en CEDEM.

Nos interesa mucho su opinión y los invitamos a publicar con nosotros. Contáctenos:

**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRAFICOS
UNIVERSIDAD DE LA HABANA**

**Avenida # 41 N° 2003, esquina a 20.
Municipio Playa. Ciudad de La Habana, Cuba**

**Teléfonos: (537) 202-8141, 202-8185, 202-8261
E-mail: biblioteca@cedem.uh.cu**

Riesgos desiguales desde roles diferentes

Autores: MSc. Alina Alfonso León
CEPDE, Oficina Nacional de Estadística
E-mail: leon@one.gov.cu
Dr. Rolando García Quiñones
Centro de Estudios Demográficos
Universidad de La Habana
E-mail: rgarcia@rect.uh.cu

La perspectiva de género ha logrado inscribirse, con mayor o menor acierto, en casi todas partes. Hoy ocupa un lugar prominente en muchos ámbitos de las ciencias sociales, programas institucionales y plataformas políticas.

Sin lugar a dudas, los empujes del movimiento feminista y por la emancipación de la mujer, contribuyeron gradualmente a su legitimación, removiendo los cimientos de la desigualdad heredada desde la división sexual del trabajo.

Factores económicos, sociales y culturales, incluyendo la impronta de la monogamia y la familia, condujeron a la instauración de guiones y procedimientos específicos para hombres y mujeres, así como de relaciones asimétricas de poder, aparentemente inmutables.

Las pesquisas científicas confirmatorias de diferencias genéticas entre los sexos, no han reportado evidencias conspicuas en cuanto a su grado de determinación en los tinglados de jerarquización social; tampoco dan cuenta de influencias sobre los esquemas de subordinación de género.

El género, al margen de las distinciones físico-biológicas, se ha erigido como un concepto relacional que apunta, explícitamente, hacia el plano de las interacciones sociales y los universos socio-culturales encargados de certificar los “espacios femeninos y masculinos”. Las formas en que se da la asignación de roles para cada uno de estos espacios, varían entre sociedades, ambientes geográficos y épocas históricas.

En el campo de la investigación social, el uso de la noción de género adolece de algunos sesgos de origen idiomático. El término anglosajón *gender* conduce su aplicación directa

en derredor de los sexos.¹ Su adopción por el castellano, encarna una interpretación más amplia. Denota tipo, clase, especie o grupo taxonómico a que pertenecen las entidades.² En nuestro idioma su aprehensión, como constructo de significados socioculturales relativos a los sexos, es privativo de quienes están bien armados de presupuestos teóricos ad hoc.

Si bien tales funciones se nutren del legado intrageneracional, la identidad de género no se construye única y exclusivamente a través de los procesos de socialización. Se restituye permanentemente a partir de las agencias cotidianas de los sujetos sociales.

Para expresarlo en palabras de Sabo, D. (2000), “Las definiciones culturales de “masculinidad y feminidad” se contemplan como construcciones históricamente emergente y estructuralmente dinámicas a través de las cuales los individuos y grupos interpretan activamente, comprometen y generan sus comportamientos y relaciones cotidianas”.

Involucrarse activamente en la configuración del estamento prescrito de lo “masculino” o “lo femenino” y de sus relaciones pertinentes, significa “hacer género” (Iden.; p.3).

En años más recientes, el enfoque de género ha llegado con fuerza a los estudios sobre salud y enfermedad, y ha transformado muchas perspectivas analíticas afines en la Demografía, la Epidemiología y la Sociología Médica. Sin dudas, el reconocimiento del papel del armado relacional de género frente a la salud, ofrece mayores posibilidades para trabajar las sinergias positivas de ambos sexos en ese propósito. Generalmente las configuraciones culturales de la masculinidad tradicional conducen a mayores riesgos relativos para el estado de bienestar físico, mental y social de los hombres, quienes tienen mayor propensión a enfermar o morir como resultado de situaciones violentas y accidentes.

Un gran volumen de referentes empíricos y de hallazgos de investigación dan cuenta de una mayor longevidad entre las mujeres. No es infrecuente observar una mortalidad diferencial por sexo, con preponderancia de las probabilidades de muerte masculinas en todas las edades, particularmente en la primera infancia, en momentos muy cercanos al

¹ El vocablo “gender” suele ser utilizado para definir seres sexuados, “gender” de plantas, de animales o personas.

² Es parte también de los estatutos gramaticales.

* Profesores Vistantes de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

nacimiento e, incluso, en la vida intrauterina. Todo parece indicar que las mujeres son fisiológica y biológicamente “más fuertes”, y ello se debe, muy probablemente a un arreglo natural de nuestra especie a los fines de su “preparación bio-genética” para la procreación.

La vigencia de componentes biológicos en esa “ventaja relativa” no es exclusiva de la especie humana. Es también identificable en otras formas de vida animal.

La Organización Mundial de la Salud ha destacado el hecho de que en los países donde las niñas reciben la misma atención que los niños, la oportunidad de sobrevivir a los primeros 5 años de vida es de 1,01 en favor de las primeras. Ante esta tendencia universal que, como ya se señaló, responde a factores genéticos, la detección de sobremortalidad femenina durante la niñez puede considerarse como una importante señal de alarma que apunta a la probable presencia de un severo problema social: la discriminación contra las niñas. (Gómez, E. 2001; p.14 y 15).

La mayor mortalidad femenina en los primeros años de vida reportada en ciertas sociedades y contextos, se atribuye con frecuencia a la preferencia de los padres por los hijos varones y a la consiguiente desatención de las niñas.³

En la mayoría de las regiones y países del mundo que cuentan con datos más o menos confiables, se identifican diferencias en las expectativas de vidas de varones y mujeres que viven en similares condiciones socioeconómicas y ambientales. Con excepción de unos pocos países subdesarrollados, las mujeres presentan esperanzas de vidas superiores, como lo ilustran los datos a continuación:

³ Se han estimado tasas de mortalidad en el grupo de edad (1-4) superiores en niñas que en varones de la misma edad en países como Ceilán, Afganistan, Pakistán, República Árabe Unida y Mauricio, por mencionar algunos ejemplos.

Cuadro No.1. Esperanzas de vida al nacer de hombres y mujeres y diferencial por sexo de la esperanza de vida al nacer en el mundo y sus regiones hoy.

	Total	Hombres	Mujeres	Diferencial
Mundo	67	65	69	4
Más desarrollados	75	72	79	7
Menos desarrollados	64	63	66	3
Africa Septentrional	66	64	67	3
Africa Occidental	51	50	52	2
Africa Oriental	50	49	51	2
Africa Central	48	46	50	4
Africa Meridional	52	51	53	2
América del Norte	77	74	80	6
América Central	73	71	76	5
El Caribe	68	66	71	5
América del Sur	70	67	73	6
Asia Occidental	68	66	69	3
Asia del Sur Central	61	60	62	2
Asia Sudoriental	66	64	69	5
Asia Oriental	72	70	74	4
Europa Septentrional	77	74	80	6
Europa Occidental	78	75	81	6
Europa Oriental	68	63	74	11
Europa Meridional	77	74	80	6
Oceanía	74	72	77	5

Fuente: Population Reference Bureau. 2001 World Population Data Sheet. Programas Internacionales. Washington, E.U. <http://www.prg.org>

Cuadro No.2 Países de más alta, o más bajas, expectativas de vida en el mundo

	Total	Hombres	Mujeres	Diferencial
MAS ALTAS				
Australia	79	76	82	6
Francia	79	75	83	8
Suecia	80	77	82	5
Hong Kong	80	77	82	5
Suiza	80	77	83	6
Japón	81	77	84	7
MAS BAJAS				
Sierra Leona	34	33	36*	3
Malawi	36	36	36*	0
Zambia	37	36	38	2
Angola	38	37	39	2
Ruanda	39	38	40	2
Uganda	43	42	44	2

* Corresponden a 1998. Cuadro de la Población Mundial. Population Reference Bureau.

Fuente: Population Reference Bureau. 2001 World Population Data Sheet. Programas Internacionales. Washington, E.U. <http://www.prb.org>

En el mundo actual, en su conjunto, la esperanza de vida al nacer de las mujeres supera en 4 años a la de los hombres. Es superior en la mayoría de las regiones y los países, con independencia de su tipo de orden social y nivel de desarrollo (Ver Cuadros No.1 y No.2).

Ha quedado ampliamente documentado que, cuando la expectativa de vida se eleva, el diferencial por sexo se hace mayor. Aun no existen resultados concluyentes y categóricos a este respecto; lo cierto es que, generalmente, o mejor digamos, en las regiones más desarrolladas, el mejoramiento del estado de bienestar de la población, y de la salud en particular, ha tenido elasticidades relativas positivas más favorables a las mujeres. En ello, muy probablemente, y amén de las determinaciones biológicas apuntadas, puede estar incidiendo una mayor equidad de género, cuya sinergia es “mejor aprovechada” por los comportamientos femeninos, comparativamente “más disciplinados” y “menos desafiantes”.

De tal suerte, cuando, por ejemplo, en Europa y Norteamérica los diferenciales por sexo de la esperanza de vida al nacer indican 6 años, los de África Occidental, Oriental y Meridional no rebasan los 2 años. Caso singular, el de Europa del este, con un diferencial de 11 de años, el cual, tal vez esté prefigurando una excesiva sobremortalidad masculina.

Algunos países, excepcionalmente y dentro de un contexto de mortalidad muy alta, registran expectativa de vida al nacer de mujeres iguales o inferiores a las de los hombres (Cuadro No. 3). Se trata de países con muy precarias condiciones de salud y perfiles epidemiológicos realmente adversos. Pero donde; además, imperan normas y culturas asociadas a la maternidad que conllevan a elevados riesgos reproductivos y en la salud materno-infantil. Esto es verificable cuando se analizan sus tasas de mortalidad femenina en las edades reproductivas, especialmente en los grupos quinquenales de 20 a 24 y de 25 a 29 años.

Cuadro No.3 Países seleccionados con expectativas de vidas de mujeres inferiores o iguales a las de los hombres.

Países	Hombres	Mujeres	Diferencial
Zimbabwe	41	39	-2
Namibia	47	45	-2
Afganistán	46	44	-2
Nepal	58	57	-1
Bangladesh	59	59	0
Bután	66	66	0

Fuente: Population Reference Bureau. 2001 World Population Data Sheet. Programas Internacionales. Washington, E.U.
<http://www.prb.org>

En cualquier caso, estamos ante una doble complejidad, en medio de la cual, el género asume un papel fundamental. Por un lado, la desigualdad en los niveles de desarrollo económico y social y los dispares estándares de vida actuando sobre las diferencias regionales y entre países; por el otro, y como consecuencia de aquél, las restricciones que, las estructuras de poder y las relaciones asimétricas de género, imponen a la mujer del Tercer Mundo con respecto al autocuidado de su salud y al alcance de su bienestar.

En el otro extremo, el mundo occidental industrializado pone al descubierto mayores niveles de acuerdo y negociación sobre las responsabilidades compartidas en términos de cuidado y bienestar mutuo. La salud global de la familia tiende a mejorar cuando los cónyuges actúan como socios para llegar a acuerdos de “paternidad compartida”. Este avance se presenta como resultado de la emancipación de la mujer en la sociedad y el despliegue de todas sus capacidades. No obstante, en sociedades desarrolladas aun perduran ciertos “componentes residuales” de la cultura del varón que pueden implicar mayores riesgos de salud para aquél como, por ejemplo, mayor consumo de alcohol, hábitos de fumar, y desarrollo de estilos de vidas menos “metódicos y ordenados”. Así mismo la sobremortalidad masculina alcanza proporciones dramáticas en relación a accidentes, homicidios y conflictos bélicos, y es también notable, por ejemplo, con respecto a enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis hepática, cáncer del pulmón; VIH/SIDA (Ver Cuadro No. 4).

**Cuadro No.4 Mortalidad según causas en países seleccionados
(defunciones x 100 000 habitantes)**

PAISES	Enfermedades isquémicas del corazón		Cirrosis y otras enfermedades del hígado		Cáncer del Pulmón		Número de defunciones VIH/SIDA	
	(1993/1997)		(1993/1997)		(1993/1997)		(1997/2002)	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Argentina	54	87	5	15	9	42	438	1 531
	54	83	5	22	6	17	3 096	7 670
Ecuador	25	34	7	20	3	6	24	157
El Salvador	34	37	4	15	2	3	100	275
Cuba	141	168	6	11	17	42	*	*
Estados Unidos	171	182	7	12	45	70	3 598	10 901
Canadá	133	167	5	10	38	68	814	11 721

Fuente: OPS - OMS. Population Reference Bureau. “Género, Salud y Desarrollo en las Américas; 2003.

A ese respecto en un estudio reciente sobre factores de riesgo y afecciones no transmisibles de la población cubana (de 15 años y más) se develan hallazgos interesantes.

Hábitos de fumar:

- El 49 % de los hombres de 15 a 54 años ha fumado alguna vez, mientras entre las mujeres sólo lo había hecho el 31 %. El 80 % de los hombres de 15 años y más declaró que fumaba actualmente, por un 76 %, las mujeres. Deseaba dejar de fumar el 69 % de las mujeres frente al 64 % de los hombres.

Ingestión de bebidas alcohólicas:

- El 78 % de los hombres de 15 a 54 años ha ingerido bebidas alcohólicas alguna vez, mientras que, entre las mujeres lo ha hecho el 47 %. Actualmente, el 47% de los hombres consume bebidas alcohólicas los fines de semana, mientras sólo un 16 % de las mujeres lo hace. Durante el año previo a la encuesta el 38 % de los hombres se había embriago alguna vez, por un 13 % las mujeres.

Los hombres, y prioritariamente los más jóvenes, comunican menos sus padecimientos e intentan demostrar su altruismo conduciendo una vida “más agitada” y más propensa al daño físico. El código masculino, en ocasiones, glorifica el dolor, las lesiones y el sacrificio de los cuerpos. El varón debe mostrarse capaz, sin temores, sin necesidad del cuidado de los demás. Obviamente, no todos los hombres asumen en igual medida su masculinidad, pero lo que sí queda claro es que, esta ideología, los sitúa en una encrucijada frente a la duda y al cuestionamiento de su status, en tanto que, podría poner en tela de juicio su competencia varonil y su omnipresencia dominante.

Las ventajas en la sobrevivencia femenina respecto a los hombres, no equivale necesariamente a una mejor salud. La evidencia empírica indica que, las mujeres tienden, a experimentar una mayor morbilidad que los hombres a lo largo del ciclo vital (más largo), morbilidad que se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos, en mayor prevalencia de enfermedades crónico - degenerativas y en niveles más altos de discapacidades en el corto y en el largo plazo.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto figuran entre las primeras causas de mortalidad de las mujeres en edad de procrear en gran parte de los países subdesarrollados, y provocan la muerte de alrededor de medio millón de personas cada año. La edad a que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos, el intervalo entre nacimientos, el número total de embarazos a lo largo de la vida y las circunstancias económicas y socioculturales en que viven las mujeres, son factores que influyen en la morbilidad y mortalidad maternas. En muchas declaraciones internacionales se proclama, como objetivo, promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgos,

pero la realidad es todavía lamentablemente desbordante en muchas partes de este mundo. El movimiento “maternidad sin riesgos” tuvo el propósito de despertar conciencia pública en torno al hecho de que los persistentes y elevados niveles de mortalidad materna reflejan la posición de desventaja que ocupa la mujer en la sociedad.

“El 90 % de los países del mundo tienen políticas que permiten el aborto en diversas situaciones jurídicas para salvar la vida de la mujer; una proporción significativa de abortos son inducidos o se efectúan en malas condiciones, y son la causa de un gran porcentaje de fallecimientos de las madres o de lesiones permanentes en las mujeres afectadas”.⁴

Pero, la salud femenina no consiste únicamente en ocuparse de la madre. La concentración del interés en la mortalidad materna tiende a reforzar la creencia de que los procesos biológicos vinculados a la procreación representan riesgos más significativos para la salud de las mujeres de los países en desarrollo, lo que distrae la atención de otras amenazas importantes.

La feminidad subrayada encarna un patrón de subyugación que se manifiesta en la receptividad sexual y la adopción conforme del “rol reproductor”, la cabal responsabilidad con la crianza, la reclusión al recinto del hogar, la limitación al escenario del trabajo doméstico, y la pasividad en el proceso de toma de decisiones, entre otros. Todos estos procedimientos coadyuvan al reforzamiento del papel dominante del varón, a la vez que constriñen las opciones a la mujer para desplegar una mayor preocupación sobre su salud y la preservación de su integridad física y emocional.

La violencia de género es una de las causas más importantes de enfermedades y muertes femeninas hoy día. Las agresiones durante el embarazo, las violaciones, el abuso sexual, entre otras, implican una victimización de las mujeres. Estos eventos problemáticos generalmente presentan una manifestación más amplia en la medida en que se examinan contextos de mayor marginación y pobreza. Unos pocos ejemplos resultan elocuentes:⁵

⁴ Véase: “Resumen del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo”. El Cairo, Egipto; 1994 en INTERNET: <http://www.un.org/conferences/accion2.htm> (1997)

⁵ PNUD. Contra la Violencia. Documentos. Salud: Los riesgos de la violencia de género. 2000. file:///A:/genderbased.htm

- Algunos estudios sobre el tema en América Latina reflejan que entre el 50 y el 80 % de las mujeres manifiestan haber sufrido alguna forma de maltrato (agresión, incesto, insultos, etc.).
- El 58 % de las esposas golpeadas en Bolivia informaron haber sido agredidas sexualmente por sus maridos.
- En Costa Rica, un estudio de 80 mujeres golpeadas que presentaron denuncias formales, declararon haber sido golpeadas durante el embarazo. De ellas, 7,5 % sufrieron aborto espontáneo debido a violencia.
- En México, una muestra de 342 mujeres elegidas al azar, reveló que el 90 % de las que fueron golpeadas dijeron haber recibido puñetazos en el estómago durante el embarazo.

Hasta ahora hemos abordado estos asuntos desde etiquetas separadas “salud de la mujer” o “salud de los hombres”. Es indudable el protagonismo femenino en la gestión de salud familiar y comunitaria.

En la mayoría de los países, la mujer aporta la casi totalidad de los servicios informales de atención no remunerados y ejerce una influencia decisiva en la salud de los otros miembros del hogar, siendo, podríamos decir, las principales proveedoras de atención primaria (preparan comidas, atienden enfermos, cuidan a niños, viejos y a los incapacitados, son quienes básicamente llevan a los hijos a los centros de asistencia médica y para que sean vacunados, hacen la mayor parte de las actividades de higiene y limpieza en el hogar). Pero, las vidas de mujeres y hombres son recíprocas; han de ser entendidas en términos relacionales. Así, la identidad de género es expresión, no sólo de las funciones socialmente prescritas a cada uno, sino, y esencialmente, síntesis de procesos y disposiciones institucionales y culturales en los que intervienen ambos sexos. Aún con las manifestaciones diferentes por sexo, la relación desigual entre hombres y mujeres y las exigencias sociales asociadas con el ejercicio del poder, tiene efectos claramente negativos para la integridad física de los dos. La salud de cada sexo depende, por tanto, de las sinergias socioculturales emergentes de su continua interacción.

La noción de equidad, con particular referencia al acceso y control diferencial que tienen ambos sexos con respecto a los recursos y servicios de salud, apunta a una distribución basada en criterios no de tipo igualitario; no implica la existencia de idénticas tasas de mortalidad y morbilidad en hombres y mujeres, sino, más bien, la eliminación de inequidades remediabiles entre unas y otros en las oportunidades de acceder a la salud y de no enfermar, discapacitar o morir prematuramente por causas prevenibles. Conlleva a una asignación de recursos de salud diferenciada, que responda a los requerimientos de cada sexo.

Las consideraciones de equidad en la asignación de beneficios y servicios de salud refieren tanto a los recursos de nivel familiar, como a los públicos en los centros médicos, sin desdeñar la realidad inobjetable de que, la mayor brecha por sexo se ubica en los sectores más pobres. La adecuada ponderación de la atención diferencial de mujeres y hombres en el campo de la salud, pasa, necesariamente, por la instrumentación de una política expresa demandante de mayor justicia y equidad, la cual permita rescatar a la relación género - salud de su aparentemente infranqueable estancamiento histórico y de su anclaje profundo en otro rostro de la desigualdad social.

Referencias bibliográficas

CELADE: “Defunciones por Aborto como proporción de las defunciones”. En Internet: <http://www.eclac.org/mujer/proyectos/perfiles/mexico.htm>

Gómez Gómez, E. 1997: “La salud y las mujeres en América Latina y El Caribe: Viejos problemas y nuevos enfoques”. Serie Mujer y Desarrollo 17. Abril 1997. (CEPAL) Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Santiago de Chile.

Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología (IHEM) y Oficina Nacional de Estadística (ONE). “II Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo y afecciones no transmisibles”. 2002.

_____ 2001: “Equidad, Género y Salud”. Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género. CEPAL. Marzo 2001, Santiago de Chile. En Internet: [género-salud1.pdf](#).

Güezmes, A. “Violencia y Salud”. En Internet: <file:///A/vio.htm>

Naciones Unidas 1994: Conferencia Internacional sobre “La población y el desarrollo”. En Internet: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): “Salud: Los riesgos de la violencia de Género”. Documentos. En Internet: <http://www.undp.org>

Population Reference Bureau. “2001.World Population Data Sheet”. En Internet:

Sabo, D. “Comprender la salud de los hombres”. En Internet: <http://www.paho.org/spanish/dbi/po04.htm>

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) 1997: “La perspectiva de género: Una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres”. México, D.F.